

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

TESINA DE LICENCIATURA

**IMPACTO FRENTE AL DIAGNOSTICO DE CÁNCER Y
SU AFRONTAMIENTO**

ALUMNA: VALERIA FABIANA DEMARIA

DIRECTORA: LIC. MARIA LAURA DEL POPOLO

...”si evito que un corazón se rompa,
No habré vivido en vano:
Si mitigo el dolor de una vida,
o alivio un sufrimiento,
o llevo de nuevo al nido a un pichón herido,
no habré vivido en vano”...
(Emiliy Dckinson)

HOJA DE EVALUACIÓN

RESUMEN

El cáncer acostumbra a generar sentimientos de miedo, tristeza, negación en el paciente y la familia. El objetivo fue analizar el impacto emocional que sufre el paciente sobre su diagnóstico y como se introduce éste a la familia, según su propio punto de vista. Con la utilización del cuestionario MAC (Ajuste Mental al Cáncer) vemos cual es su Esquema de Supervivencia y que estrategias de afrontamiento utiliza para enfrentar su diagnóstico y el tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Sistema familiar, Diagnóstico de cáncer, Impacto emocional, Afrontamiento, Psicooncología, Esquema de Supervivencia.

ABSTRACT

The cancer is accustomed to generate feelings of fear, sadness, denial in the patient and the family. The aim was to analyze the emotional impact that the patient suffers on his diagnosis and since this one interferes to the family, according to his own point of view. With the utilization of the questionnaire MAC (Mental Adjustment to the Cancer) we see which his Scheme of Survival and that uses strategies of confrontation to face his diagnosis and the treatment.

KEY WORDS: familiar, Diagnostic System of cancer, emotional Impact, Confrontation, Psicooncología, Scheme of Survival.

INDICE

Título.....	2
Hoja de Evaluación.....	4
Resumen (abstract).....	5
Índice desglosado.....	6
 Introducción.....	 9
 Marco Teórico.....	 12
Capítulos.....	13
1.La psicooncología como disciplina.....	14
Definiciones.....	15
Historia de la psicooncología.....	16
Objetivos de la psicooncología.....	19
2. Sistema familiar y cáncer.....	21
Sistema familiar y cáncer.....	22
Funcionamiento familiar frente al enfermo.....	23
Pacientes de 2º orden.....	26
3. Implicaciones psicológicas en el cáncer.....	30
Impacto emocional del cáncer en el paciente.....	31
Impacto en la dinámica familiar.....	34
Fases psicológicas por las que pasa el enfermo e intervenciones psicológicas.....	36
4. Afrontamiento.....	42
Definiciones.....	43

Enfrentar el diagnóstico: ¿por qué a mí?.....	44
Respuestas normales a la crisis del cáncer.....	46
Estrategias de Afrontamiento del paciente.....	48
Esquema de Supervivencia.....	50
Objetivos e Hipótesis de Trabajo.....	52
Objetivo general.....	53
Objetivo específico.....	53
Hipótesis.....	53
Método.....	54
Tipo de diseño.....	55
Descripción de la muestra.....	55
Instrumentos y materiales de investigación.....	56
Entrevista semi estructurada.....	56
Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC).....	57
Procedimiento.....	61
Resultados.....	63
Gráficos N°1: cambios familiares.....	64
Gráfico N°2: cambios familiares positivos o negativos.....	64
Gráfico N°3: Estrategias de Afrontamiento.....	65
Gráfico N°4: Preocupación Ansiosa.....	67
Gráfico N°5: Negación/ Evitación.....	67
Gráfico N°6: Fatalismo/Aceptación estoica.....	68
Gráfico N°7: Desesperación/ desamparo.....	68
Gráfico N°8: Espíritu de Lucha.....	69

Discusión.....	70
Conclusiones.....	74
Recomendaciones: ATP (terapia psicológica adyuvante).....	75
 Referencias Bibliográficas.....	 77
 Apéndice.....	 83

INTRODUCCION

Desde los tiempos antiguos el cáncer se ha considerado como una enfermedad terminal, la cual ha sido relacionada con muchos factores ambientales, psicológicos y genéticos, pero así también desde la antigüedad ha sido la familia del paciente la que más ha sufrido con este diagnóstico. El cáncer tiene un efecto expansivo dentro de los miembros de la familia; tanto el enfermo como la familia reaccionan de manera diferente. Trataré de enfocarme en las repercusiones que sufre la familia ante el diagnóstico de cáncer, en las diferentes fases de adaptación por las que pasan; pero según el propio enfermo. La naturaleza impredecible de la experiencia de cáncer es una amenaza para el funcionamiento familiar. El cáncer se desarrolla a su propio ritmo, al cual las familias deben ajustar sus pasos. Es por eso que mi investigación tiene como **objetivos** evaluar el impacto emocional del paciente frente al diagnóstico y detectar cuáles son las estrategias de afrontamiento que utiliza el paciente, esto lo voy a determinar por la toma del cuestionario MAC (Ajuste Mental al Cáncer) de Moorey y Greer.

Mis preguntas ejes son ¿cuál es el impacto emocional que tiene el paciente ante su diagnóstico? Y ¿cuáles son las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el enfermo? Que se constituirán en los dos objetivos nombrados anteriormente, que guiaran esta investigación.

Como **hipótesis de trabajo** analizo cual es el impacto emocional del cáncer en el paciente diagnosticado y la estrategia de afrontamiento que utiliza para hacerle frente al cáncer y si la contención familiar desde el punto de vista del paciente favorece en el transcurso de la enfermedad.

Haciendo un recorrido por lo teórico fundamento la importancia de la psicooncología como disciplina, su historia y cuáles son sus objetivos.

El segundo capítulo hace referencia a la familia como sistema, en donde se estudia el funcionamiento familiar frente a la enfermedad. Vemos que el diagnóstico oncológico supone una alteración en la dinámica familiar que exige un nivel significativo de flexibilidad por parte de los diferentes miembros, con el fin de adaptarse lo más adecuadamente posible a las exigencias que la enfermedad y sus tratamientos imponen, los cambios y alteraciones que afectan a un miembro del sistema familiar, influyendo a todos los integrantes.

Luego se exponen las implicaciones psicológicas en el cáncer, donde me pareció importante su explicación, por el estudio consiguiente en donde vemos

el impacto emocional del paciente como también el impacto que se produjo en la dinámica familiar, se mencionan las fases psicológicas por las que pasa el enfermo y posibles intervenciones que se pueden realizar, seleccionando este material por la relevancia que tiene poder conocer, cuales son las diferentes reacciones que tiene el paciente en relación a su enfermedad.

Es de suma importancia que los profesionales que trabajen con pacientes oncológicos puedan reconocer estos modos particulares de adaptación a la enfermedad, para sí poder optimizar el trato que se les brinde al paciente, esto lo vamos a observar en el trabajo con el Cuestionario MAC (Ajuste mental al cáncer) donde se ve el Esquema de Supervivencia (Moorey y Greer, 1989) que utiliza el paciente en relación a la valoración, afrontamiento y respuestas emocionales que tiene frente a la enfermedad. Es por eso que mi último capítulo hace referencia al Afrontamiento, trabaje sobre la primera pregunta que se hace la mayoría de los pacientes, ¿por qué a mí? Y luego explique las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes, basado en el Esquema de Supervivencia (Moorey y Greer, 1989) donde analiza la valoración que tiene el paciente sobre su enfermedad analizado desde 5 (cinco) tipos de estrategias: espíritu de lucha, negación/evitación, fatalismo/aceptación estoica; desamparo/desesperación y preocupación ansiosa; para finalizar se relaciona y analiza con lo fundamentado en la parte práctica, donde se realizó el cuestionario a pacientes oncológicos, para poder analizar sus propias estrategias, y así ver si se fundamenta o no con la teoría.

MARCO TEORICO

CAPITULOS

LA PSICOONCOLOGIA COMO DISCIPLINA

1. DEFINICION DE PSICOONCOLOGIA

Elinene Fensferseifer (2004 citado en Malca 2005) respecto a la psicooncología señala que es un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. También es la materia que ambiciona a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción entre los sanitarios, además de la eficacia de los recursos para originar servicios oncológicos efectivos y de calidad.

Utiliza dos perspectivas, por un lado están las análisis de las respuestas psicológicas tanto de los pacientes como de los familiares en todos los estadios de la enfermedad (aspectos psicológicos, sociales y comportamentales); y, por otro lado, relacionado a cómo influyen estos aspectos en la morbilidad y mortalidad de la enfermedad (perspectiva psicobiológica). Es decir, la psicooncología es una materia multidisciplinar, ya que no sólo tiene fronteras con la mayoría de las especialidades de la medicina tanto con las clínicas (cirugía, cirugías reparadoras, neurología, ginecología, psiquiatría etc.) como con las no-clínicas (epidemiología, inmunología, fisiología, etc.) además de las distintas especialidades de la psicología.

Si bien es verdad que existen conceptos universales sobre la experiencia emocional del cáncer, en particular la sensación de incertidumbre, ambigüedad, pérdida de control, ansiedad, etc., cada persona transfiere a la enfermedad su historia y un proceso de experiencias pasadas que es propia de esa persona y de su entorno más cercano. La Psico-oncología implica el estudio de respuestas emocionales de en todas los estadios de la enfermedad, al mismo tiempo con factores psicológicos, sociales y de comportamiento que puedan influir en el proceso de enfermedad y en la mortalidad del cáncer.

La individualidad de cada uno debe y necesita ser respetada, pues no hay otra manera de ayudar verdaderamente a todos los involucrados en la enfermedad, desde el personal sanitario, al paciente y su familia.

2. HISTORIA DE LA PSICOONCOLOGIA

La intervención de los profesionales de la Salud Mental en el terreno de la Oncología va pareja al avance que se ha generado en el tratamiento de las enfermedades oncológicas. Esto comenzó a evidenciarse marcadamente en la década de los '80 donde, tener cáncer, deja de significar una muerte inminente y se sitúa junto al grupo de enfermedades del terreno de las patologías crónicas. La necesidad de comunicar al paciente y a su familia lo que antes se callaba y el cómo hacerlo, comenzó con un pequeño grupo de individuos en distintos lugares del mundo que se conformaron como una red de trabajo.

La Sociedad Internacional de Psico-Oncología desde 1984, agrupa a todos a profesionales de todas partes del mundo que estén interesados en el tema y aporten sus diferentes visiones socioculturales al mismo. La institucionalización de la materia comenzó gracias a la visionaria perspectiva del Dr. Hiroomi Kawano, a la razón Director de la Sociedad Japonesa de Psico-Oncología quien, con ese fin, convocó a los profesionales en la materia en 1986. Más adelante, en 1995, merecidamente el Segundo Congreso de Psico-Oncología tuvo lugar en Japón bajo sus auspicios, generándose durante el mismo una serie de valiosas consideraciones que aún hoy en día pueden considerarse objetivos centrales de la Sociedad. (Vidal y Benito, 1998,30)

Surge entonces un nuevo paciente que, al prolongarse su vida, genera tanto en él, como en su medio familiar, y también en el equipo de salud, nuevas necesidades. Esta situación significó un cambio de paradigma en la atención. Se pasó de un supuesto en el cual enfermar de cáncer significaba morir inmediatamente, a una dimensión en la cual enfermar de cáncer, en muchos casos pasó a ser "vivir con cáncer". Pudiendo pensarse al cáncer como una herida que no cierra pero con la que se puede continuar la existencia. Se plantea entonces la necesidad de convocar a profesionales de otras áreas para resolver los problemas inéditos que esta situación comenzaba a plantear, y dio lugar a la generación de nuevas especialidades o sub-especialidades tales como: la psicooncología, cuidados paliativos, tratamiento del dolor. Surgió la

posibilidad de pensar en términos donde el éxito terapéutico no pasa ya por la curación de la enfermedad, sino por conseguir la mejor calidad de vida para el paciente que debe convivir con la enfermedad.

La Psicooncología comenzó en estos veinte años definiendo la prevalencia, naturaleza y manejo de muchos de los problemas que impactan negativamente el curso clínico y la calidad de vida. Se ha esforzado también por investigar y explorar el papel de los factores psicosociales en el riesgo de cáncer y en la sobrevida al mismo. Para beneficio de la Psicooncología y mantener, extender y lograr un mayor desarrollo necesitaremos desarrollar en la próxima centuria tres áreas: cuidado clínico, educación y entrenamiento a los profesionales, e investigación. Sabemos que los servicios que se ocupan de los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes ocupan el último eslabón en el pensar y accionar médico. Pero no por ello son desestimados por los pacientes quienes buscan frecuentemente esta atención. Es el personal de Salud Mental el que muchas veces establece y opera de *bisagra* para que se establezca o restablezca la tan malograda relación médico-paciente. En el Centro de Cáncer “Dana Farber” de Boston en el año 1995 ocurrió un trágico hecho relacionado con una sobredosis de quimioterapia. Esto motivó un serio llamado de atención por parte de la Organización Americana de Acreditación de Hospitales, que observó al equipo médico por no poner suficiente atención en el reporte de los pacientes o en sus síntomas. El cuerpo de acreditación indicó que el equipo médico debería tener mayor entrenamiento en la comunicación y en el desarrollo de habilidades para escuchar a sus pacientes. (Middleton, 1999)

En un centro médico de la ciudad de Buenos Aires, una paciente a raíz de una sobredosis de quimioterapia, sufrió ulceraciones en su boca que le generaron una severa odinofagia (dolor de garganta producido al tragar) e imposibilidad para hablar o ingerir alimentos. La paciente hasta ese momento trabajaba como profesora de nivel secundario. El hecho de que no la habían escuchado cuando manifestó sus primeros síntomas le generó severas dudas en el equipo tratante y en continuar con el tratamiento. La paciente manifiesta angustiada en la primera entrevista: *“siento que estoy sola en esto, yo no sé nada de biología y debo supervisar mi propio tratamiento”*. (Flórez, 1994 citado en Malca 2005)

En nuestro sistema de salud no existen auditorias de acreditación. El profesional de Salud Mental frecuentemente es el receptor de estas situaciones debiendo, en un marco deficitario de asistencia, guardar un delicado equilibrio para operar terapéuticamente y no caer en situaciones asistencialistas que sólo “apaguen el fuego” de momento. Esta situación no está reservada al área

pública sino que es tristemente compartida por instituciones del área privada de supuesto “primer nivel”, donde la reducción de costos en la atención psiquiátrica y psicológica del paciente con cáncer, lo priva de este servicio.

El interés por los aspectos más psicológicos en la enfermedad del cáncer es relativamente reciente. Los factores que contribuyeron al desarrollo de un mayor interés en los aspectos psicológicos del cáncer fueron varios. En primer lugar, se produjo un cambio en la actitud hacia el cáncer debido a que dejó de verse como una enfermedad necesariamente mortal. Al mejorar el pronóstico aumentó el optimismo en la población y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente. En segundo lugar, se realizó un esfuerzo para ofrecer un cuidado más humano y espiritual a las personas con cáncer terminal gracias al inicio del hospicio como un movimiento en expansión, y, en tercer lugar, se comenzó a reconocer que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer. Por ejemplo, los datos que revelaban/confirmaban la asociación entre fumar cigarrillos y padecer cáncer de pulmón fue un importante estímulo para el empuje en el estudio de variables psicológicas en pacientes con cáncer. Por tanto, se comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve e influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, a la vez que en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico. (Bayes, 1996)

3. OBJETIVOS DE LA PSICOONCOLOGIA

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas por la comunidad científica. Pese a lo tardío de su reconocimiento, la psicooncología ha llegado a ser consustancial a la oncología. El psicólogo formado en oncología, integrado en un equipo multidisciplinar oncológico, debe asumir dentro de este colectivo las tareas de soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la Educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz.

Según Bayes (1990, 182), podemos definir la psicooncología como una sub-especialidad de la oncología que tiene los siguientes objetivos fundamentales:

1. La prevención primaria: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer. Se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo impedir su aparición. En este sentido, la reducción de la incidencia del cáncer repercute favorablemente en los sistemas de salud, lo que asimismo reduce la carga de trabajo y ahorra sufrimiento, tiempo y dinero a la sociedad.
2. La prevención secundaria: mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer. Es evidente que cuanto más pronto se detecta un cáncer mayores posibilidades existen de superar la enfermedad, la labor del psicólogo podría resultar especialmente valiosa elaborando programas de entrenamiento que mejorasen la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes con el fin de conseguir una óptima calidad didáctica y la máxima difusión posible de la información, así como en el diseño de las estrategias más eficaces para que los ciudadanos consigan adquirir hábitos autónomos de cumplimiento sistemático.
3. La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos,

enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

4. La investigación: como en el resto de campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento.

SISTEMA FAMILIAR Y CANCER

1. SISTEMA FAMILIAR Y CANCER

El cáncer, así como otras patologías crónicas, es una enfermedad que afecta no solo al enfermo, si no a todo el grupo familiar. La teoría de sistemas familiares plantea que la dinámica familiar tiene un equilibrio propio y único, que se ve afectado en su conjunto cuando una de sus partes, es decir, cualquiera de sus miembros, se ve amenazado.

El diagnóstico de una enfermedad neoplásica es un factor altamente estresante y destructivo para el equilibrio familiar, frente a esta amenaza, la armonía y el orden familiar son irremediablemente alterados. Cada uno de sus miembros debe adaptarse emocionalmente y conductualmente para enfrentar esta nueva realidad.

Los problemas a los que se enfrenta una familia con un paciente oncológico son: (Mesquita Melo, 2007 citado en Fernández, 2010)

Desorganización: se pueden quebrantar los recursos adaptativos que antes eran exitosos.

Ansiedad: puede expresarse en conductas de irritabilidad, intolerancia y rupturas o alteraciones en la comunicación.

Labilidad o fragilidad emocional: surge cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas resulta insuficiente.

Tendencia a la introversión a la enfermedad y muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia (secretos familiares)

La familia frente al cáncer puede comportarse de dos maneras:

- La familia que niega la enfermedad: se rehúsa a aceptarla, minimiza su gravedad, delega el tratamiento y el cuidado en el equipo tratante y abandona al paciente.
- La familia que se hace cargo de la enfermedad: ve el funcionamiento regular de su grupo violentamente interrumpido, presenta desorganización en las pautas habituales de funcionamiento, pierde el equilibrio familiar, vivencia una intensa sensación de vulnerabilidad, se sienten amenazados, los padres se ven fracasados en sus funciones parentales, los roles se ven trastocados.

2 .FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FRENTE AL ENFERMO.

La enfermedad afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. El cáncer afecta profundamente no solo al sistema familiar por largos períodos en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma.

No todo el mundo se enfrentará a esta enfermedad de la misma forma, puesto que cada persona tiene su personalidad y forma de ser. No es fácil afrontar la noticia de que tienes este tipo de enfermedad, necesitamos un tiempo para asumir.

Tras el diagnóstico, los enfermos de cáncer sienten miedo, preocupación, tristeza, incertidumbre por lo que pueda llegar a pasar en un futuro. Se cuestionan su vida y por qué les ha ocurrido esto a ellos.

Es muy importante saber que el cáncer no es culpa de la persona que lo padece, por no haberse dado cuenta antes de esta enfermedad. El cáncer ocurre por multitud de factores biológicos, y no por culpa de una persona. No se deben confundir estas sensaciones y emociones con un problema psicológico, son reacciones totalmente normales en el proceso de adaptación. La familia es el principal soporte del enfermo. Tras el diagnóstico, toda la familia debe unirse y hacer frente a una serie de emociones y cuestiones sobre su vida y el futuro. El cariño y apoyo que el enfermo recibe de su familia es primordial.

Muchas veces el cáncer lo que hace es activar los recursos de los que ya dispone la familia. No siempre la enfermedad cambia las relaciones familiares, sino que el grupo familiar se enfrenta a la situación según su manera de funcionar habitual, quizás haciendo más patentes roles o relaciones que ya existían de forma subyacente. Por ejemplo, la persona más fuerte emocionalmente no tiene por qué ser un padre o una madre, puede ser el hijo mayor u otro hermano. Muchas veces los hijos de una enferma se sorprenden de la actitud del padre de derrota o falta de energía ante la enfermedad de la madre. O bien, al contrario, hay padres que toman la iniciativa y van decidiendo según sus propia voluntad. Es por ello difícil dar pautas explícitas de conducta,

ya que hablamos de un grupo, que es la suma de sus individualidades, más las interrelaciones entre ellas. En psicología se estima más útil intentar adaptarse a como es cada uno, pues intentar imponer formas de actuar ajenas, el resultado es una actitud artificial, y una falta de recursos en situaciones inesperadas.

La familia es importante, pero el paciente es el protagonista de la situación y, de hecho, es quien sobrelleva el miedo a la muerte, la amenaza a su integridad, por ello el entorno deberá adaptarse a él. La familia debe procurar no imponerle actividades de diversión, comidas supuestamente apetitosas, participar en actos sociales, sobre todo al principio y, después, si sobreviene alguna recaída. Muchos enfermos se cierran en sí mismos, pero muchas veces esto es temporal. Si un año después del diagnóstico esto persiste, debería consultar a un profesional especializado o intentar suavemente la familia hablar con el enfermo.

No se debe presionar al enfermo para que tenga una actitud animada y positiva. Puede ser perjudicial para él/ella se sienta obligado a mostrar una alegría que no siente y, en cambio, desahogarse, llorar, mostrar enfado, puede ayudarlo al principio a su adaptación posterior. Si esta actitud negativa se establece como algo habitual, es el momento de consultar a un especialista, pero no antes de que haya superado los primeros tratamientos.

Se debe pensar como era su ser querido antes del cáncer. Intentar ver la lógica de sus reacciones y sus actuaciones en este momento, para ver si concuerdan con su forma de ser habitual. Esto ayudará a no llevar las cosas al extremo y angustiarse pensando en que todo ha cambiado, ya nada es como antes o él o ella no volverán a ser el/la misma. Seguramente es la misma persona pero bajo el miedo y la angustia comprensibles.

Como familiar de una persona con cáncer debe preguntarse como han afrontado juntos situaciones estresantes en el pasado. Esto le ayudará a tomar determinaciones o a sentirse más seguro de que esta también la pueden superar.

Si no está seguro de lo que va a hacer intente no tomar decisiones usted solo. Esto se refiere a elegir tratamientos o a renunciar a otros. Si le plantean diferentes posibilidades no tome ediciones precipitadas e intente verlo bajo un prisma tranquilo y pensando siempre en lo mejor para el enfermo. En caso de que él participe en esa toma de decisiones hablen serenamente y pidan siempre que lo crea necesario una segunda o tercera opción.

Ayudar a su familiar enfermo a ver las reacciones de los demás bajo un prisma lo más objetivo posible. Es posible que se sienta observado o mirado de forma diferente por sus amigos o compañeros de trabajo. Como familia debe ayudarlo a ver si eso es cierto o es que él o la está muy susceptible hacia las reacciones de los demás. El tabú del cáncer afecta a todos.

En cuanto a la forma de respuesta familiar a la enfermedad se han identificado dos estilos opuestos: (González, 2005)

a) Tendencia centrípeta: expresada en el desarrollo de una extrema cohesión interna entorno al enfermo quien absorbe la energía y monopoliza la atención del resto de la familia que gira a su alrededor restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a cada uno de los integrantes del grupo. En general la familia vive en un estado de frecuentes sobresaltos teniendo siempre presentes las posibles complicaciones de la enfermedad, los altibajos de su evolución y el riesgo de muerte que es percibido de manera constante.

b) Tendencia centrífuga: es expresada por el desarrollo de conductas evitativas en torno a la situación enfermedad. Este tipo de conductas por parte de la familia en general se hace efectivo a expensas de la dedicación de uno de ellos al enfermo. Se favorece así la dependencia de este con un miembro de la familia habitualmente la madre o esposa, quien asume el control de la evolución de la enfermedad evitando que sea el enfermo mismo quien en medida de sus posibilidades se haga cargo de los cuidados que requiere su condición. Esta actitud sobre protectora condiciona más aun la evitación hacia el enfermo por parte de sus demás familiares. Ante las recaídas y exacerbaciones de la enfermedad, la familia debe reajustarse su estructura la distribución de roles y sus mecanismos de solución de problemas para adaptarse a la situación de crisis en un breve lapso de tiempo y bajo una gran presión. Dicha presión puede ser económica moral o emocional por lo que se requiere de la flexibilidad suficientemente para adaptarse y así continuar funcionando como familia. Sin embargo los cambios adaptativos que los miembros de la familia vayan asumiendo aparecerán nuevos riesgos para ellos mismos que puedan afectar a su vez al familiar enfermo.

3. FAMILIA: PACIENTES DE SEGUNDO ORDEN

Diversos estudios demuestran que la prevalencia de trastornos emocionales (básicamente ansiedad y depresión) es la misma en familiares de pacientes que en los propios afectados.

Es por ello que se suele denominar al familiar paciente de 'segundo orden', pues aun cuando no sea el enfermo físicamente, sí tiene riesgo de padecer alteraciones anímicas. Además, tiene la presión del entorno de no poder desahogarse de su sufrimiento. Se supone que tiene que 'ser fuerte' y aguantar la dolorosa situación de tener un familiar con cáncer y no poder demostrar malestar. Es posible que necesite ayuda pero no se haya dado cuenta o le parezca que es egoísta por pensarlo, cuando el enfermo es quien necesita todos los cuidados.

La familia es un sistema abierto donde las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios intensos en los elementos que la componen así como a los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades crónicas o terminales ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento. Dependiendo de su funcionalidad familiar estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper. Es de esperar que la estructura familiar del paciente crónico cambie ya que como en otras enfermedades crónicas la figura se torna central por la tendencia de los límites de diluirse, ocasionando que las interacciones en la familia giren en torno a él. Los niveles de jerarquía se modifican, de tal manera que si el jefe es el afectado su función parental es delegada a otro miembro así mismos pueden aparecer alianzas y coaliciones que aunadas a los sentimientos del paciente pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad.

Cuando el tratamiento es complicado y costoso el miembro de la familia que se ocupa del enfermo tiende a sobrecargarse de trabajo al grado de volverse periférico para el sistema familiar disminuyendo su interacción con los demás miembros del grupo. La regresión y la depresión que tiende a darse en el

enfermo así como la centralidad asumida por este favorecen dicha sobrecarga, que puede ocasionar la aparición de un rol parental auxiliar en algún otro miembro de la familia.

Tal es la lealtad de los miembros del grupo familiar al enfermo de cáncer que ellos mismos han sido considerados como pacientes de SEGUNDO ORDEN (Casali, 2010)

Usamos la palabra "familia" para referirnos a un grupo de individuos con relaciones personales estrechas, cuyas identidades se desarrollan de manera conjunta.

El cáncer amenaza con separar al paciente de los miembros de su familia, tanto emocional como físicamente.

La naturaleza impredecible de la experiencia de cáncer es una amenaza para el funcionamiento familiar. El cáncer se desarrolla a su propio ritmo, al cual las familias deben ajustar sus pasos. La mayor parte de los pacientes con cáncer tienen períodos de crisis separados por lapsos de inactividad. Estas crisis se producen en episodios inesperados, ante los cuales las familias deben reaccionar con rapidez. La relación intensa con los médicos y los tratamientos de tecnología avanzada continúan durante meses, seguido por períodos de espera para ver si el futuro habrá de ser definido por la supervivencia o la recurrencia. Para muchos pacientes y sus familias, la muerte y una resolución prematura de sus historias de vida constituyen la fase final de la experiencia del cáncer. Se ha comprobado que la ambigüedad es el aspecto más estresante en situaciones en las que las familias deben adaptarse a la pérdida de un integrante. De esta manera, la impredecibilidad de la enfermedad implica un desafío a la seguridad corriente de la familia para defender sus funciones vitales contra el cáncer intruso.

Una dimensión del cambio se revela en la confusión y aprendizaje de nuevos roles de cada miembro de la familia y en los ajustes constantes que requieren, por los cambios físicos y anímicos, y durante el lento deterioro del paciente. Los miembros de la familia deben reaccionar a cambios sutiles en la condición del individuo, y gradualmente asumir más tareas que la persona enferma ya no es capaz de realizar. La flexibilidad de los miembros de la familia y su tolerancia al cambio están constantemente puestas a prueba. El cambio, aun cuando implique una mejora, añade más estrés y ambigüedad. La continua

fluidez y adaptación de roles en estas instancias requieren mucho trabajo y negociaciones por parte de cada miembro de la familia y el paciente.

Los problemas psicológicos y la morbilidad aumentan con frecuencia entre los que brindan cuidados familiares a medida que la enfermedad avanza, en particular cuando los pacientes sufren dolores físicos y ahogos durante la larga trayectoria de la enfermedad. Con el avance de la enfermedad, la familia experimenta más agotamiento, depresión, un impacto más negativo sobre sus vidas cotidianas y su propia salud, y pasa más tiempo intensivo ayudando a los pacientes a afrontar sus necesidades físicas básicas.

La ansiedad de los miembros de la familia aumenta no sólo cuando los pacientes experimentan síntomas físicos, tales como dolores y disfunciones cognitivas, sino también cuando exigen cuidados constantes y experimentan la conciencia del deterioro progresivo.

Más aún, se han observado regularmente más altas tasas de síntomas depresivos entre aquéllos que brindan cuidados que son familiares-cónyuges del enfermo, que en otras personas de la misma edad que no brindan cuidados a algún familiar con una enfermedad terminal.

Las familias del paciente documentan claramente agotamiento físico y mental, trastornos del sueño, conflictos no resueltos, dolor anticipado, depresión y ansiedad exacerbada por los problemas crónicos del paciente agonizante durante el largo trayecto de la enfermedad terminal. Las familias son vistas, entonces, como "pacientes de segundo orden." (Casali, 2010)

Esto es consistente con la teoría conceptual de los sistemas familiares (Bouche, 2003), que postula que todo cambio de roles en un miembro de la familia impacta sobre el bienestar de los otros miembros de la familia. La estrecha correlación entre el síntoma de ansiedad del paciente y su calidad de vida sugiere que el alivio del síntoma de ansiedad del paciente puede afectar indirectamente al estado de salud de cada miembro de la familia de la que es testigo de su deterioro físico y emocional gradual, pero constante.

No obstante, pacientes y sus familias aprenden a confrontar la "crisis" donde revelan en forma notable la fuerza y el coraje frente al desafío de vida y de muerte. Coraje que las familias lo aprenden conjuntamente con el paciente y

que proporciona la calidad mutua del sostén, comprensión y cohesión entre cada uno de los miembros familiares.

IMPLICACIONES PSICOLOGICAS EN EL CÁNCER

1. IMPACTO EMOCIONAL DEL CANCER EN EL PACIENTE

Se puede indicar que el cáncer es una patología que implica gran complejidad, puesto que tiene una evolución cuyo pronóstico depende de la etapa de presentación, ocasionando un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende.

Pocas enfermedades producen un impacto psicológico tan intenso como el cáncer. La probabilidad de que se produzcan trastornos emocionales durante el curso de la enfermedad es elevada. Ansiedad y depresión son las reacciones psicológicas más frecuentes y tristeza, culpabilidad, impotencia ó desesperación son posibles fuentes de depresión en el enfermo oncológico. Los datos epidemiológicos en diversas investigaciones muestran que el 40-50% de todos los pacientes diagnosticados de cáncer desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad. Sin embargo, todavía son muchos los pacientes con cáncer que no tienen la posibilidad de recibir ningún tipo de cuidado psicosocial.

Cassell (1982) nos señala que no es posible tratar la enfermedad como algo que le sucede sólo al cuerpo. La persona que sufre no es solamente de su pulmón; por ejemplo, es también la vivencia de amenaza que le proporcionan su desamparo, su soledad y su dolor. El cáncer es una de las enfermedades que mayor impacto tiene en quien lo padece, y también en su familia. Pero no es solamente el diagnóstico del cáncer lo que resulta problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad: dolor, hospitalización, deformidad, deudas, inhabilidad para cuidar de uno mismo o de la familia, pérdida de atractivo y/o función sexual, incapacidad para mantener el empleo, y posible muerte.

El cáncer altera las funciones personales a todos los niveles: marital, laboral, familiar, económico, social y sexual. El paciente con cáncer está viviendo una situación que le genera un sufrimiento que se expresa en diferentes sentimientos: inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad y/o confusión. (Die Trill 1987 citado en Solana 2005)

La ansiedad: normalizamos la presencia de ansiedad anticipatoria debida a la enfermedad, el sufrimiento o el deterioro, los cuales pueden generar miedos, unas veces desde el prejuicio y otras veces desde la cruda realidad.

La culpa: Los enfermos también pueden experimentar un intenso sentimiento de culpabilidad porque se sienten desamparados, inútiles e incapaces de colaborar en nada. Algunos piensan que son una carga para su familia y manifiestan que preferirían morir antes que sentirse así.

El miedo: el hecho de tener un diagnóstico de cáncer –independientemente de la gravedad de la enfermedad y de la terapéutica a aplicar– ya hace presentes en el paciente miedos diversos: el miedo a un avance de la enfermedad, el miedo a abandonarse a su destino, el miedo a la muerte ó el miedo al dolor y a una muerte llena de sufrimiento. También puede plantearse el miedo a un empeoramiento de la relación con la pareja, así como el miedo a no poder trabajar más o a no poder estar más para la familia, a estar socialmente aislado, a necesitar continuamente cuidados y ser una carga para los demás.

La negación: algunos de nuestros pacientes, aún después de ser informados por el médico, han negado posteriormente una realidad que entienden como demasiado dolorosa y amenazante como para que pueda ser tolerada. Es frecuente que cuando les preguntamos «¿qué les ha dicho el médico que tienen?», contesten que «una manchita en el pulmón», y que cuando hablamos del tratamiento oncológico, digan que les van a dar «unas vacunas» o «medicinas». Son muy pocos los pacientes que verbalizan la palabra «cáncer»; lo que en las sesiones psicooncológicas han utilizado es: «tengo esto», «tengo un tumorcito», «tengo ramificaciones».

La muerte: sentirse enfermo –y en mayor medida, si la enfermedad es grave– equivale a experimentar el riesgo de morir. El enfermo siente amenazada la viabilidad de ciertos proyectos anteriores a la enfermedad o contempla como algo real la posibilidad del próximo término de su propia existencia biológica y cada persona manifestará unas necesidades diferentes que hemos de atender de forma personalizada. En nuestra sociedad, en la que la vida se alarga cada vez más y el morir se va retrasando, la contemplación de moribundos y muertos ya no es algo de diario. Se puede, en el discurrir normal de nuestra vida, olvidar fácilmente la muerte. El hecho de que nuestra sociedad trate el tema de la muerte con distanciamiento e incluso como un tema tabú favorece que los pacientes tengan ansiedad ante la muerte.

Para muchos pacientes, no es la muerte, realmente, lo que le crea problemas, sino la consciencia de la muerte.

A veces, los pacientes se rebelan contra su religión y sus creencias, puesto que el morir no es sólo un proceso físico, sino también una transición emocional, psicológica y espiritual.

Cuando les preguntamos a nuestros pacientes de qué tienen miedo realmente cuando piensan en la muerte, encontramos diferentes respuestas. Para algunos no es la muerte como tal, sino el morir, lo que les asusta. Otros temen que con el proceso de morir va unido sufrimiento y otras personas sienten la separación de sus seres queridos, el aislamiento, el «ir solo» hacia la muerte con sentimientos de horror y el final de la propia capacidad de decisión y de la actividad.

Algunas de las preocupaciones más comunes que los pacientes nos describen en cuanto a los miedos asociados a la muerte son: abandonar las cosas y las personas que hemos amado; perder el control de nuestra vida; dejar importantes compromisos personales sin resolver; perder la dignidad personal y física; convertirse en una carga para otros; deteriorarse física y mentalmente; o ser juzgado en esta vida o después de la muerte.

Aspectos existenciales: la inevitabilidad de la muerte nos obliga a analizar el sentido de la existencia y nos coloca a cada uno frente a lo esencial, siendo único y personal lo que cada persona pueda descubrir en este análisis. Para los pacientes con cáncer significa el reconocimiento de la cercana muerte –o por lo menos más cercana y real que antes del diagnóstico–, un refuerzo de su soledad y su debilidad e impotencia. Los pensamientos sobre el sentido de la vida y la próxima separación tienen un significado especial. La atención espiritual puede ayudar, por un lado a apreciar y a valorar lo vivido hasta el momento.

2. IMPACTO EN LA DINÁMICA FAMILIAR

La enfermedad crónica sucede dentro de una familia, no en el aislamiento de una persona. El impacto de una enfermedad como el cáncer alcanza abismos profundos en los contextos ecológicos, sociales y culturales de la dinámica familiar. La identidad social de la familia y del paciente es afectada profundamente por el cáncer en los dominios de su funcionamiento psicológico, instrumental y social. Miembros familiares cercanos al paciente, con el que existe un enlace de cuidado y de ayuda mutua, se hacen parte integral en la larga enfermedad; ésta afecta a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida. El cáncer afecta profundamente no sólo al sistema familiar por largos períodos de tiempo, sino que la respuesta de la familia a este desafío tiene un efecto profundo en el desarrollo y la calidad de vida de la persona enferma. Durante la larga trayectoria de la enfermedad, muchas familias pasan por ciclos repetitivos de enojo, desamparo, esperanza, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. La confrontación de esta experiencia (diagnóstico de cáncer y/o su reaparición) crea dentro de la familia un nuevo sistema de demandas y constricciones en el comportamiento de cada individuo con la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades a nuevos problemas no aprendidos y no conocidos hasta ahora. Ciertas familias tienen una base más vulnerable a la crisis recurrente de la enfermedad de cáncer que otras y la confrontan con sentido de desesperación, ambigüedad, pérdida de control reflejado en una interacción disfuncional y conflictiva entre los miembros de la familia.

El cáncer como ya hemos mencionado afecta a todos los miembros de la familia, en todos los aspectos de sus vidas. La incertidumbre, el estrés y la ansiedad están presentes durante toda la enfermedad aún cuando esté controlada.

Las familias deben afrontar efectivamente la situación creada por la presencia de la enfermedad a fin de poder luchar contra ella y mantener la vida familiar de la mejor manera posible.

Las exigencias físicas y emocionales impuestas por la experiencia del cáncer cambian de acuerdo con la etapa de desarrollo, la estructura y el grado de apoyo con que cuenta la familia.

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la familia de la persona acometida por la enfermedad y en su círculo de amistades. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta.

No es fácil aceptar un diagnóstico de cáncer, independientemente de los conocimientos que se pueda tener sobre la enfermedad. El impacto del diagnóstico afecta no sólo al paciente, sino a todos los miembros de la familia. (Melo, 2001)

Desde esta perspectiva, el diagnóstico de cáncer ocasiona un desequilibrio en la familia, por asociar el cáncer a una enfermedad que generalmente causa la muerte y también por el miedo a los procedimientos terapéuticos y los cambios que conllevan.

Así, la familia también tendrá que adaptarse a la situación, utilizando mecanismos de enfrentamiento para superar las crisis consecuentes. Si estos mecanismos son utilizados adecuadamente, el equilibrio podrá ser mantenido, contribuyendo a una buena adaptación del enfermo. En caso contrario, podrá haber un desequilibrio, influenciando, de forma negativa, su recuperación.

1. FASES PSICOLOGICAS POR LAS QUE PASA EL ENFERMO E INTERVENCIONES PSICOLOGICAS

La persona enferma de cáncer se encuentra en una situación sumamente estresante. Las pruebas y exploraciones médicas, la confirmación del diagnóstico y los tratamientos médicos suponen una fuente de estrés tanto para los pacientes como para los familiares. Según los estudios realizados, al menos la cuarta parte de los enfermos de cáncer necesitan tratamiento psicológico.

Se debe considerar en qué momento de la enfermedad interviene el psicooncólogo, ya que dependiendo de la fase que se encuentre el paciente, se podrá establecer un plan de trabajo. De acuerdo a esto, Malca (2005) menciona que existen seis fases que presenta el paciente con cáncer estas son:

- Fase de diagnóstico

La persona y/o la familia no saben cómo reaccionar ante el resultado dado, ya que es un shock que reciben. Es entonces cuando el sujeto entra en una crisis, hay una desorganización que se caracteriza por la incapacidad del individuo para abordar o manejar dicha situación. Dependiendo de cómo sea ésta, puede mover o paralizar al sujeto ya que tiene que ver con la manera de como utiliza sus recursos internos (fortaleza yoica), la tolerancia a la frustración y el principio de realidad que tenga éste. En este caso la persona que padece el cáncer y que entra en esta crisis puede experimentar:

- ✓ Desorganización o Estado de Confusión
- ✓ Vulnerabilidad- Irritabilidad
- ✓ Reducción-Incremento de los Mecanismos de Defensa
- ✓ Disfunción a nivel Personal, Laboral, Familiar o Social
- ✓ Labilidad Emocional o Aplanamiento Afectivo
- ✓ Ataque de Pánico
- ✓ Cuadro Depresivo Incapacitante
- ✓ Conductas Regresivas
- ✓ Brote Psicótico (Desestructurarse)
- ✓ Agresividad-Auto agresión

Es importante entonces, que el psicólogo y las personas que estén alrededor de este actúen de una manera rápida y con inteligencia para ayudar a la persona que entro en dicha crisis, es entonces, que las personas que están alrededor del sujeto y en especial del psicólogo guarden la calma, debe escuchar, observar, filtrar la información que en ese momento este diciendo la persona, recabar información complementaria para jerarquizar prioridades, reconocer canales alternativos de comunicación, contacto y contención, en presencia de la desorganización: manejar la emoción o sentimiento, pedir ayuda o permitirla (en caso en que el sujeto entre en un estado ya desorganizado), utilizar manejo de recursos, habilidades y técnicas (respiración, relajación, manejo del dolor permisible) buscando la estabilización, manejo-canalización del caso, con miras a que la persona supere la crisis y por ultimo un seguimiento para poder dar contención al sujeto sobre la situación expuesta.

Muchas personas, no reaccionan de tal grado a generar ya una crisis como anteriormente se expuso, estas pueden reaccionar de una manera más tranquila, en el aspecto, en que se sienten culpables, temerosos, con enojo, con tristeza, con negativas de lo que le está pasando. Aquí de igual manera, el psicooncologo debe de detectar las necesidades del paciente o incluso hasta de la familia para poder orientarlos y reducir al menos un poco el estrés hablándoles, que de una u otra forma tienen y pueden poner en plan como van a luchar contra el cáncer. Claro está, primero que el psicooncologo, debe hacer una empatía, para poder hacer contacto con dichas personas, para que se presten a escuchar lo que el psicólogo les menciona; no solo empatía sino además contener al paciente del dolor que está pasando.

- Fase de tratamiento

El sujeto ya se encuentra inmerso en el tratamiento médico para luchar contra el cáncer, ya han entrado a quimioterapia, a medicamentos, etc., de tal manera que en esta fase puede ser también, difícil a la persona porque la calidad de vida del paciente está expuesta a los efectos secundarios al cual está expuesto en el tratamiento que esté recibiendo. En este aspecto, la persona puede experimentar ansiedad, perdida de autoestima, disfunción sexual, miedo a lo que está experimentando y también no se descarta además la tristeza. La intervención del psicólogo y brindarle apoyo para que pueda afrontar la situación, empieza a ver que lo que está haciendo es para luchar contra el cáncer que tiene. Al igual con la familia el brindarles contención y además,

alternativas para que también puedan estar un poco más tranquilos y así, ellos también, puedan ayudar al paciente que padezca de esta enfermedad.

En este sentido, las alternativas que puede utilizar el psicooncólogo es una terapia breve APT (Terapia Psicológica Adyuvante) que consta de cinco o seis sesiones (Moorey y Greer, 1989) de tal manera que el objetivo de esta es que establece metas específicas, en donde utiliza técnicas detalladas para lograr la meta que se espera, en este caso, por ejemplo, la aceptación de la enfermedad y el fortalecimiento ya que necesita la persona para sobrellevar esta situación.

Se puede utilizar también la relajación de relajación simple, para que el paciente antes de entrar al tratamiento médico, se encuentre tranquilo y su nivel de estrés sea más bajo.

Otra técnica también, es la del pensamiento dirigido que esta se fundamenta en: utilizar distracciones internas (por ejemplo, contar, rezar, o decirse a sí mismo "Puedo aguantar") o externas (como la música, la televisión, el diálogo, el escuchar a alguien leer, o el mirar a algo específico). Los pacientes también pueden aprender a estudiar y evaluar los pensamientos negativos y reemplazarlos con ideas e imágenes más positivas" (Geosalud).

Posteriormente cuando se pasan por otras técnicas, el paciente se siente ya más tranquilo y de acuerdo a los tratamientos ya realizados por los médicos y se haya "desaparecido" el cáncer, el paciente entra a la siguiente fase.

- Fase de intervalo libre de la enfermedad

Se define como aquella en donde el paciente tiene la amenaza o temor a que regrese el cáncer debido a los tratamientos ya empleados. En esta fase, la angustia del paciente como de los familiares aumenta. En este caso, el psicólogo debe permitirle a la persona hablar de los miedos que presenta. Aquí la técnica que se puede emplear es la terapia breve que su duración es no más de 6 sesiones, en donde emplea técnicas específicas para una meta específica (Bellack). En este caso, se trabajaría con el temor o la preocupación del paciente por el regreso del cáncer, para posteriormente promover o acrecentar la realización de diversos planes y actividades.

- Fase de supervivencia

En esta, mediante el apoyo psicológico, se pretende que el sujeto se vaya adaptando a su nuevo estilo de vida, es decir; a su ambiente. Aquí se puede trabajar con algunas técnicas de la terapia humanista llamada logoterapia, que se encarga de dar al paciente que busque un sentido de vida. Estas técnicas son: el dialogo socrático que se busca que el paciente busque un sentido, y que busque lo que quiere, y lo que sea significativo para este. Así como también, que busque alternativas como los, "Grupos de apoyo y orientación religiosa: Los grupos de apoyo ayudan a muchos pacientes, y la orientación religiosa puede ayudarles también al proporcionarles cuidados espirituales y apoyo social (Geosalud).

- Fase de recidiva.

En ocasiones sucede, que a pesar de que ya se trabajo con el cáncer y se elimino este en donde apareció, aparece de nuevo ya sea en el mismo órgano o en otro. Este es aun más doloroso para la persona porque se enfrenta de nuevo a la enfermedad, y aquí la persona experimenta estados de ansiedad o de depresión. No solo para el paciente, sino para toda aquella persona que estuvo alrededor de éste; aquí el psicólogo su función es de intervenir en los estados depresivos que tenga el paciente y de nuevo poder trabajar con la aceptación de la otra vez patología. Aquí el psicólogo puede emplear la terapia de emergencia que da ayuda en una situación psicológica difícil, es parecida a la terapia breve (Bellack, 1998)

Y por ultimo...

- la fase final de la vida

En esta etapa es cuando el cáncer está ya muy avanzado, y ya no se puede hacer más por la persona. Aquí el paciente puede presentar negación, rabia, depresión, aislamiento, tristeza, y miedo a la muerte. En este aspecto el psicólogo la única intervención que puede hacer es acompañar al paciente hasta su último día de vida. En este sentido, el psicólogo puede emplear técnicas de la tanatología para poder trabajar el duelo tanto con el sujeto que padece del cáncer a si como de los familiares, y además puede trabajar con

ciertas técnicas logoterapéuticas, de tal manera que el paciente como a los familiares, encuentren un sentido ante el dolor y la muerte, para que estén tranquilos y puedan aceptar el resultado final con tranquilidad.

Como se ve, el papel del psicooncólogo es de fundamental importancia en la intervención para la ayuda del paciente. Es necesario, que el psicólogo pueda conocer estas herramientas para que pueda trabajar de una forma complementaria tanto para los profesionales que asisten al paciente, como para los familiares y al mismo paciente.

Es importante mencionar que dentro de todo este trabajo, se tome en cuenta la ética del psicólogo como una persona que presta servicios para el cuidado de la salud psíquica del paciente. Es importante que el psicólogo no se olvide de los cuatro *principios fundamentales de la bioética*, que son: (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005)

- el principio de autonomía en donde se define como aquella que hace respetar la decisión que tome el paciente o el sujeto de acuerdo a una situación determinada ya que esta implica la responsabilidad que tome el individuo y se pueda hacer cargo de dicha decisión, solo se tomará en cuenta que no tiene una total autonomía aquel sujeto que presente problemas intelectuales, menores de edad y aquellos que no puedan hacerse cargo de si mismos.
- Otro principio es el de beneficencia que este se describe como aquel, logra hacer el bien, por medio de la acción, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios; es decir, el médico o el terapeuta, tratará de actuar de mil maneras para ayudar al paciente, para que éste, se sienta mejor a nivel tanto físico, médico y psicológico.
- Además, de estos dos principios anteriores existe otro que se denomina como el principio de no maleficencia, que se refiere a no dañar o perjudicar a un tercero. En el caso de la medicina, lo que se pretende es no dañar al sujeto, pero a veces es necesario que se haga esto, para que de un resultado positivo, es decir, evitar de perjudicar a un sujeto innecesariamente, en este caso se puede mencionar un ejemplo de una persona ciega en donde se le hace una cirugía para poder checar si se puede resolver su problema de ceguera, en caso de que sea así, no se daña al paciente puesto que se está haciendo algo para su propio bien, o al menos así se entiende con respecto a no dañar a un sujeto innecesariamente; pero en general, este principio se baña ante todo en no dañar al individuo.
- un último principio que es el de justicia menciona el trato que se debe tener con las personas; es decir, la no utilización de la discriminación y que todos los

sujetos tengan acceso fácil a la salud. La manera en cómo se encuentren estos principios entonces así se tendrá la relación medico paciente. Es decir si están, equilibrados entonces el sujeto tendrá una transferencia sana para con el sujeto que le ayuda y viceversa; si por el contrario, esto no ocurre entonces se tendrá una relación médico- paciente un tanto incomoda y no se estarían respetando estos principios fundamentales. Y no solo eso, sino que también tome en cuenta algunos puntos del código ético para el psicólogo, como es el de la confidencialidad del paciente para con su enfermedad, ser ético, en el aspecto de cómo se va abordar todos los aspectos anteriores para el respeto de la persona, ya que si no se hace así, el psicólogo estaría provocando un montaje perverso tanto para el paciente como para el de sus familiares. El ser honesto y dar con calidad sus intervenciones. Pero sobre todo hacerse responsable de lo que está haciendo el psicólogo con su trabajo desempeñado (Sociedad Mexicana de Psicología, 2005).

AFRONTAMIENTO

1. DEFINICIONES

- Lazarus comienza en el año 1966 haciendo referencia al afrontamiento, como las estrategias para tratar con la amenaza
- Lazarus y Folkman (1984) señalan el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.
- Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) son de opinión que las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés
- Watson y Greer, (1998) el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer).
- Soriano, (2002) Concretamente en el caso del afrontamiento ante el cáncer, aunque también en otros ámbitos, lo que hace una persona para afrontar la enfermedad y en el que han ido apareciendo versiones y opiniones contrarias y contradictorias.

2. ¿COMO ENFRENTAR EL DIAGNOSTICO? ¿POR QUE A MI?

Al comienzo, la mayoría de la gente necesita tiempo para asimilar que tiene cáncer. Necesita tiempo para pensar sobre qué es lo importante en su vida y para obtener apoyo de sus seres queridos. Este es un momento emocionalmente difícil para muchas personas. Es natural experimentar sentimientos de incredulidad, impacto, miedo y enojo. Estos sentimientos consumen mucha energía mental, lo que puede hacer difícil asimilar y comprender toda la información proporcionada por el equipo de atención médica. Probablemente necesitará algo de tiempo para digerir la noticia y entender su diagnóstico, así como lo que implican las opciones de tratamiento.

Puede que resulte útil saber que muchas personas con cáncer dicen que al ser informadas sobre su diagnóstico les dio la oportunidad de reconsiderar y poner la vida en perspectiva, así como la capacidad de encontrar fortalezas y habilidades que no sabían que poseían. Incluso hay quienes afirman que la experiencia eventualmente mejoró su calidad de vida.

La primera pregunta que surge en gran parte de la gente cuando se le notifica sobre su diagnóstico de cáncer es: "¿qué hice mal?" o "¿por qué a mí?". Yo creo que habría que cambiar ese interrogante a...por qué no a mí? Y trabajar sobre que es una posibilidad, y por qué no, por ejemplo una paciente que me hacia esa pregunta, y luego en la entrevista me conto que su mamá y tía habían tenido ese mismo cáncer, pero ella no lo había pensado.

Debido a que los médicos no pueden estar seguros sobre qué fue lo que originó el cáncer en cada persona diagnosticada, muchas personas suelen formarse ideas propias sobre las causas de su enfermedad.

Algunas personas piensan que se les está castigando por algo que hicieron o que no hicieron en el pasado. La mayoría se pregunta si algo de lo que hicieron fue causa directa de su enfermedad. Otras personas piensan que si hubieran hecho algo de diferente manera, hubieran podido prevenir la enfermedad, es importante saber que no es la única persona en tenerlos. Todos estos sentimientos y creencias son comunes entre los pacientes con cáncer. Pero el cáncer no debe verse como un castigo por cosas que haya o no haya hecho en

el pasado. Hay que evitar culparse o buscar maneras de explicarse cómo podría haber prevenido el cáncer. El cáncer no es la culpa del paciente.

En general, la experiencia del cáncer suele asociarse con la idea de muerte. La muerte, a su vez, suele relacionarse con la vejez, y tendemos a aceptar con mayor naturalidad que un anciano fallezca. Adicionalmente, Rolland (2000) asegura que los profesionales de la clínica, así como otros investigadores, reconocen que existe un momento en el ciclo vital en el que una enfermedad grave se considera como normativa, mientras que en otros no es así. El hecho de enfrentar una enfermedad crónica y la posibilidad de muerte se considera normal en la vida adulta tardía, y el problema surge cuando este tipo de enfermedad se presenta antes de la vejez, lo que convierte el hecho en no normativo. Así, las enfermedades que hacen su aparición en momentos tempranos del ciclo vital tienden a ser vividas y narradas como más desestructurantes.

El proceso de adaptación al diagnóstico, es una regulación psicológica de los recursos de la persona para adaptarse a la enfermedad y a como estos esfuerzos se desarrollan a lo largo del tiempo a partir del análisis de estrategias de afrontamiento y que se encuentran orientada tanto a los aspectos médicos, como psicológicos, espirituales y sociales; para mejorar la calidad de vida de acuerdo al estilo de vida propio, es un proceso cuyo resultado depende de las diferentes variables personales del paciente y sus familiares. (Vidal y Benito, 2008, 33)

3. RESPUESTAS NORMALES A LAS CRISIS DEL CÁNCER

Al escuchar el diagnóstico el proceso de adaptarse al cáncer puede comenzar incluso antes de un diagnóstico. Los pacientes pueden responder con grados normales de temor, preocupación e inquietud cuando tienen síntomas inexplicables o cuando se dan cuenta de que son sometidos a pruebas para determinar la presencia de cáncer. Cuando escuchan el diagnóstico, sus temores se tornan realidad, con lo cual se genera una situación psicológica y existencial difícil. Muchas personas se preguntan, “¿Puedo morir de esto?”

Recibir un diagnóstico de cáncer provoca una crisis que incluye sufrimiento emocional previsto y normal. Holland JC (2000) describió que las respuestas normales a la crisis del cáncer consisten de tres fases:

- Respuesta inicial.
- Disforia.
- Adaptación.

La fase I: respuesta inicial, consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia. Algunos pacientes intentarán probar que el diagnóstico no es cierto (¿Está seguro que tiene los resultados correctos de la prueba?). La mayoría de los pacientes informarán sobre un período de incredulidad acompañado de incapacidad de procesar claramente la información.

Un nivel tan alto de sufrimiento puede resultar problemático porque muchas veces, inmediatamente después de informar el diagnóstico a un paciente los médicos describen las opciones de tratamiento. En estas circunstancias emocionales, muchos pacientes pueden ser incapaces de entender o recordar esta importante información. En consecuencia, la presencia de otras personas u otros medios para poder analizar la información puede ser extremadamente importante (por ejemplo, la grabación de la conversación sobre el plan de tratamiento o la realización de una segunda visita en una fecha posterior, especialmente para revisar el plan de tratamiento). A pesar de que hay muchas diferencias individuales, esta respuesta inicial de incredulidad, rechazo y

choque habitualmente dura aproximadamente una semana en pacientes que se adaptan bien.

La fase II: *disforia*, consta de un período variable de tiempo (pero habitualmente se prolonga de 1 a 2 semanas) durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Durante este período, los pacientes generalmente empezarán a sentir un grado considerable de sufrimiento en forma de depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, falta de concentración y varios grados de incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Los pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con mucha frecuencia y parecen ser incontrolables.

A medida que se proporciona más información sobre las opciones de tratamiento, se procesa y entiende correctamente, empiezan a surgir sentimientos de esperanza y optimismo más a menudo durante la disforia. En los pacientes recién diagnosticados que esperan una cirugía, pueden aumentar los niveles de sufrimiento. Durante este período, puede resultar beneficioso un apoyo profesional adicional para considerar problemas como la fatiga, el insomnio y la depresión.

La fase III: *adaptación a largo plazo*, consta de un período prolongado de tiempo durante el que aparece una adaptación más duradera y permanente. Este período se extiende durante semanas y meses. Durante el mismo, los pacientes utilizan una variedad de estrategias y estilos para enfrentar una situación difícil. (Rowland JH 1989) Los estilos para enfrentar una situación difícil son formas de responder a situaciones difíciles enfrentar muchas situaciones vitales previas; las estrategias para enfrentar situaciones difíciles consisten en esfuerzos específicos para resolver situaciones particulares relacionadas con el cáncer. Esta combinación de estilos duraderos para enfrentar la adversidad y las estrategias de adaptación a corto plazo habitualmente les resultan útiles a las personas que hacen esfuerzos por adaptarse. No hay una manera única y mejor para enfrentar una situación difícil. Las diferencias individuales que las personas manifiestan cuando se enferman de cáncer darán lugar a estilos de enfrentar una situación difícil y a estrategias variadas.

4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE

Por afrontamiento (coping) entendemos “el esfuerzo cognitivo y comportamental para manejar situaciones destructivas que exigen habilidades de ajuste por parte de la persona que lo experimenta” (Lazarus, 2000). Su función fundamental es regular el estado interno de la persona, que ha sido alterado en la relación dinámica sujeto-ambiente. De este modo, se proponen dos dimensiones de análisis. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) estas dimensiones se dan en dos relaciones, el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción. El primero de los modelos se relaciona con los intentos por modificar la situación generadora de estrés. Por su parte, el modelo centrado en la emoción se evidencia cuando lo que se procura modular es la respuesta emocional ante el estresor. En el caso de los pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad oncológica podemos realizar los análisis desde ambas perspectivas.

Cuando se afronta una situación estresante en la vida de un ser humano, como el cáncer, las habilidades en el afrontamiento son herramientas en el mantenimiento de un adecuado funcionamiento de la salud y pueden moderar el impacto negativo de un evento traumático sea físico, social o emocional.

Lazarus y Folkman (1984) han estudiado la asociación entre los diferentes estilos de afrontamiento y la adaptación psicológica y las respuestas de salud en los pacientes enfermos de cáncer. Algunas de estas variables son la evitación/negación, optimismo, solución de problemas e información sobre el estado de salud.

En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “*esquema de supervivencia*” considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (¿Qué amenaza supone la enfermedad?), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (¿Qué puede hacerse frente a ella? ¿Se puede controlar?) Y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?).

Las estrategias de Afrontamiento: Moorey y Greer (1989)

Esquema de Supervivencia	Espíritu de lucha	Negación evitación	Fatalismo Aceptación estoica	Desamparo Desesperación	Preocupación Ansiosa
Diagnostico	Desafío	Mínima Amenaza	Amenaza	Perdido	Fuerte amenaza
Control	Capacidad de control	Irrelevancia	Depende de otros	No hay	Capacidad de control
Pronostico	Bueno	Bueno	Desconocido	Malo	Malo
Respuesta Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad
Afrontamiento	Búsqueda de información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad

Según Watson y Greer (1998)

Esquema de Supervivencia

- Espíritu de Lucha. Respuestas activas con aceptación del diagnóstico actitud optimista, dispuesto a luchar contra la enfermedad y participando en las decisiones sobre el tratamiento.
- Evitación (negación).- El paciente rechaza el diagnóstico o, también minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad.
- Fatalismo (Aceptación estoica). El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista.
- Preocupación ansiosa: El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación.
- Impotencia/desesperanza. El paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza.

Watson y Greer plantean que hay dos grandes tipos de respuestas: las denominadas *pasivas* que obtendrían un peor ajuste y que agruparían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza y las denominadas *activas*, que muestran un mejor ajuste ante la enfermedad y que estarán formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación/negación.

Por otra parte, en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento a lo largo de la enfermedad parece que existen evidencias a favor a la hora de considerar que al inicio de la enfermedad se suelen emplear más estrategias de afrontamiento que al final de la misma, siendo distintas el tipo de estrategias que se emplean en las diferentes fases.

La efectividad o no del afrontamiento depende de la perspectiva que se considere. Podemos destacar tres puntos de vista importantes: el paciente, la

familia y la red social del paciente como los profesionales de la salud. Si analizamos cada uno:

El enfermo: su prioridad reside en mantener un equilibrio interno y psicosocial.

La familia: quiere ver al paciente como un miembro de la red social que puede desenvolverse con normalidad.

Los médicos: esperan la máxima cooperación teniendo en cuenta la dificultad y, en ocasiones, los métodos invasivos utilizados.

En el contexto del afrontamiento un término preferible es el de ajuste o adaptación. Se refiere a un sentido amplio y comprehensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud. Incluye la reacción de ajuste ante la enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente, respuestas de ajustes en las relaciones interpersonales y la adaptación a los roles sociales.

Según Lazarus y Folkman (1984) bajo el rótulo de afrontamiento no debemos incluir “todo” lo que el enfermo hace. Pero yo si considero importante conocer el modo particular de adaptación a la enfermedad de cada paciente, como así reconocer cual es su manera de afrontar el diagnostico y el curso de la enfermedad, para poder optimizar el trato que se le brinde al paciente; es por eso que en esta investigación se trabajo con el Cuestionario MAC (Ajuste Mental del paciente con cáncer) de Moorey y Greer (1989).

OBJETIVOS

HIPOTESIS DE TRABAJO

Mi investigación tiene como:

Objetivo general:

Evaluar el impacto emocional del diagnosticado y determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento que emplea el paciente

Objetivos específicos:

- Conocer los aspectos emocionales que ocurren en el paciente cuando se enfrenta al diagnóstico de cáncer, su impacto emocional.
- Determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas ante el diagnóstico de cáncer, en relación al Esquema de supervivencia, en el paciente según el Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (MAC)

Mi hipótesis de trabajo analiza cual es el impacto emocional del cáncer en el diagnosticado y su estrategia de afrontamiento más utilizado y si la contención familiar desde el propio punto de vista del paciente, favorece su transcurso por la enfermedad.

MÉTODO

1. TIPO DE ESTUDIO

Mi investigación utiliza el método cualitativo, ya que va a intentar explorar y describir como se sienten los pacientes oncológicos ante el diagnóstico de su enfermedad, y cuáles son las estrategias de afrontamiento que más utilizan. Se va hacer hincapié en la observación durante el proceso de quimioterapia y la realización de entrevistas semi dirigidas durante el mismo proceso, en donde se va a realizar una descripción de cómo es y cómo se manifiesta el funcionamiento familiar cuando hay un integrante con cáncer, analizado desde su propio punto de vista, desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, y analizaré cual es el Esquema de Supervivencia (Moorey y Greer, 1989) que utiliza el paciente durante su enfermedad.

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Trabaje con 8 pacientes voluntarios, que concurren a un Hospital de Día, que se encuentra en el Instituto IMAC, localizado en la ciudad de San Rafael, Mendoza; para la realización de su proceso de quimioterapia.

Se trabajo con 8 pacientes, tres hombres y cinco mujeres, que oscilan desde los 37 a los 73 años, con diferentes cánceres y en diferentes fases de la enfermedad, que no se tendrán en cuenta en la investigación.

MUESTRA:

- Rosa (69 años) cáncer de mama y metástasis ósea
- Norma (58 años) cáncer de colon
- Silvia (39 años) cáncer de mama
- Marta (42 años) cáncer de mama
- Cecilia (37 años) cáncer de útero metástasis pulmonar y ósea; fase terminal
- Osvaldo (73 años) cáncer de colon
- Eduardo (56 años) cáncer de colon metástasis en hígado
- Mariano (66ños) cáncer de colon y ano contra natura

2. INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE INVESTIGACIÓN

En mi investigación utilice dos herramientas; la entrevista semi dirigida y luego la aplicación del Cuestionario MAC: Ajuste Mental al Cáncer (Greer y Morrey, 1989)

- ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Se utilizó éste instrumento para recabar cierta información a pacientes con diversos tipos de cánceres, que concurren a un Hospital de Día, a realizarse la quimioterapia.

Se trabajó con este tipo de entrevista para poder permitirle al paciente mayor libertad para expresar lo que desee, y que le diera más confianza, ya que se trabajó en un ámbito especial, por estar realizando la quimioterapia, trabajé con pacientes voluntarios.

Hay que tener en cuenta que muchas veces se desviaban los temas, ya sea por dolencias o quizás por inconvenientes que surgían en torno al suero, o a tenerles que tomar la presión, o quizás a que ese día no se sentían muy bien, y se hablaba sobre eso.

Los temas que se trataron tuvieron que ver con el tipo de cáncer que tienen, la duración, las complicaciones que han tenido, que nos contaran un poco cual es su diagnóstico; con esto se pudo observar que conciencia tiene con respecto a la enfermedad; y luego nos sirvió para relacionarlo con el Esquema de Supervivencia (Moorey y Greer, 1989) que más utiliza con respecto a su enfermedad.

Otro tema que se trató fue el del impacto que ocasionó la noticia de su enfermedad en él, y como cree que afectó en su familia, cuáles son las repercusiones y como cree que se modificó el ambiente familiar; esto nos sirvió para luego evaluar las estrategias de afrontamiento que tiene el paciente y su familia con respecto a la enfermedad, siempre desde el propio punto de vista del paciente.

- CUESTIONARIO MAC: Ajuste Mental al Cáncer

Es un cuestionario basado en el estudio del esquema de supervivencia (Greer y Morrey, 1989) que supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer. Este cuestionario consta de 40 frases que describen algunas reacciones que experimenta la gente cuando padece alguna enfermedad, en la cual el paciente voluntariamente va escoger con la opción que se identifique, que va desde definitivamente no se aplica a definitivamente se aplica a mí. Luego se va a calcular las frases con las que si se siente identificado y va a dar como resultado cual es el esquema de Supervivencia que mas predominan en el paciente, como la estrategia de afrontamiento más utilizada por él. A continuación se citan las diversas estrategias según Moorey y Greer.

Estos 40 ítems corresponden a dividirse en cinco estrategias de afrontamiento:

1. espíritu de lucha
2. negación/evitación
3. fatalismo/aceptación estoica
4. desamparo/desesperación
5. preocupación ansiosa.

Cada estrategia consta de una serie de ítems, con las cuales el paciente va a marcar con cual se identifica.

1. ESPÍRITU DE LUCHA

ÍTEMS:

- 4- creo que una actitud positiva será beneficioso para mi salud.
- 11- desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella.
- 13- tengo planes para el futuro (vacaciones, casa, trabajo)
- 16- pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud
- 20- estoy decidido(a) a olvidar todo y comenzar de nuevo
- 26- trato de tomármelo con sentido del humor
- 31- trato de tener una actitud muy positiva
- 32- estoy tan ocupado/a que no tengo tiempo para pensar en la enfermedad
- 34- veo mi enfermedad como un reto
- 39- me concentro en los aspectos buenos
- 40- intento luchar contra la enfermedad

2. NEGACIÓN/ EVITACIÓN

ÍTEMS:

- 1- He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud
- 5- no estoy obsesionado/a con mi enfermedad
- 6- creo firmemente que mejoraré
- 10- he estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud
- 18- intento continuar con la misma vida que he llevado siempre
- 19- me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo
- 27- hay gente que se preocupa más por mí que yo misma/o.
- 28- pienso en otras personas que están peor que yo
- 38- en realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna

3. FATALISMO/ ACEPTACIÓN ESTOICA

ÍTEMS:

- 7- creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas
- 8- dejaré todo en manos de mis médicos
- 12- será lo que dios quiera
- 15- he tenido una buena vida; lo que queda es tiempo extra
- 24- de momento, procuro vivir día a día
- 30- creo que no puedo controlar lo que sucede
- 33- evito informarme más sobre la enfermedad
- 35- respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será

4. DESAMPARO/ DESEPERACIÓN

ITEMS:

- 2- creo que no puedo hacer nada para animarme
- 9- siento que en la vida no me queda esperanza
- 17- creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme
- 23- no tengo muchas esperanzas sobre el futuro
- 25- me siento como si hubiera rendido
- 36- me siento completamente desorientado sobre lo que debo hacer

5. PREOCUPACIÓN ANSIOSA

ITEMS:

- 3- mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro
- 14- me preocupa que vuelva la enfermedad o empeore
- 21- me cuesta creer que esto me haya pasado a mi
- 22- siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad
- 29- intento conseguir toda la información que pueda sobre la enfermedad
- 37- estoy muy enfadado/a por lo que me ha pasado

Vemos al analizar el cuestionario, cual es el predominio del uso de estrategia de afrontamiento de cada paciente frente al cáncer, que puede ser más de una, y

cuál es el esquema de supervivencia que adopta el paciente frente a la enfermedad, como su ajuste mental al cáncer.

PROCEDIMIENTO

Con el consentimiento informado de la Dra. Clínica Oncóloga encargada de esa unidad, y el consentimiento de cada paciente, se realiza una primera entrevista con el fin de conocer sobre la enfermedad del paciente, que tipo de cáncer tiene, la duración de la enfermedad, en que etapa clínica se encuentra (quimioterapia, remisión, descanso, mantenimiento, etc.) que síntomas son los que más prevalecen; todas estas preguntas nos indicaran si el paciente tiene conciencia de su enfermedad.

Primordialmente se utilizará la entrevista semi estructurada, para obtener datos biográficos relevantes y la información que se desee, por medio de las entrevistas realizadas a personas con cáncer; en relación al impacto que causo el diagnóstico del cáncer en el paciente y su familia, y si hubo cambios familiares, si para él fueron positivos o negativos. Es importante destacar que se trabajo con la entrevista semi estructurada para darle la libertad al paciente para que pueda expresarse con respecto a todo lo que siente y se sienta más a gusto.

Luego de dos entrevistas, en algunos de los casos se comenzó con la toma del cuestionario MAC (Ajuste mental al cáncer) basado en el estudio del esquema de supervivencia (Greer y Morrey, 1989) que supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

Al finalizar se realizo una entrevista para que pudieran comunicar como se habían sentido durante la toma, y se hablo sobre la estrategia de afrontamiento que predominaba en el paciente; para analizar que tan consciente es de su estilo de afrontamiento más utilizado, y si piensa el paciente si esta estrategia le sirve o no para afrontar su diagnóstico de cáncer.

RESULTADOS

En cuanto a las entrevistas semi estructurada realizada a los 8 (ocho) pacientes oncológicos, pudimos ver cuál es el impacto que se produjo en el seno familiar luego del diagnóstico. Se les pregunto a los pacientes si creían que el diagnóstico de cáncer había producido cambios en su vida familiar, y luego se hablo sobre si el cambio había sido positivo o negativo para ellos en relación a su familia.

Grafico N°1: Cambios Familiares

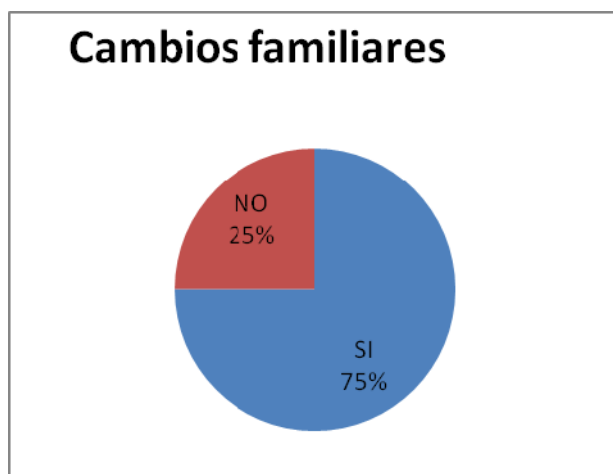
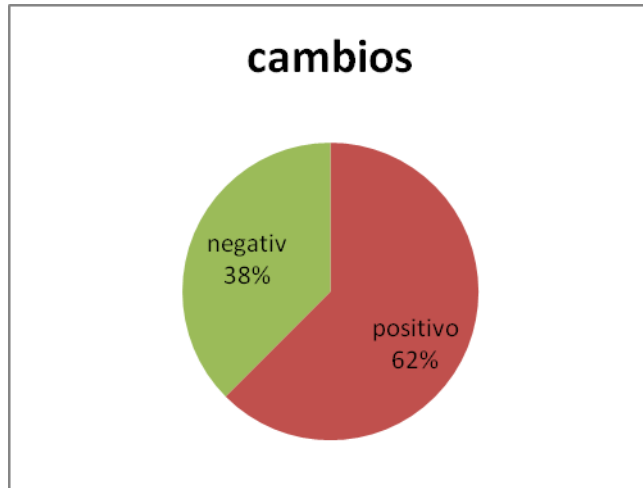
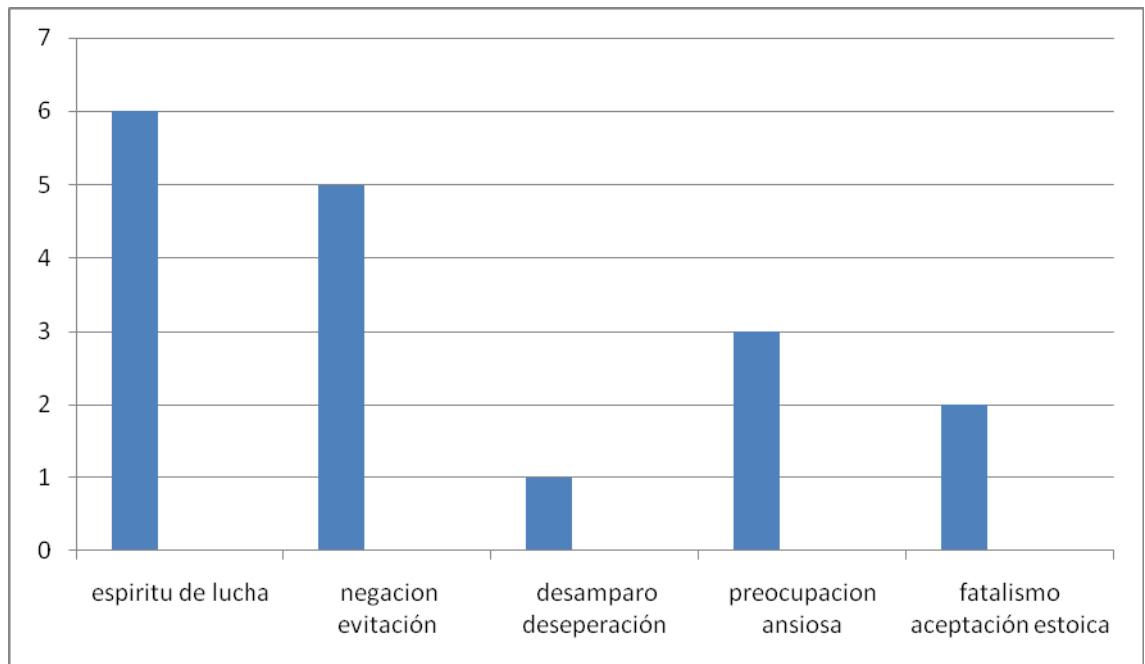


Grafico N°2: Cambios en el seno familiar: positivos o negativos



En relación al Esquema de Supervivencia que más utilizan los pacientes pudimos ver que casi siempre se utiliza más de una estrategia de afrontamiento, a continuación se presentan los resultados:

Gráfico N°3: Estrategias de Afrontamiento



Veamos caso por caso:

- Marta (42 años) cáncer de mama: espíritu de lucha, negación
- Silvia (39 años) cáncer de mama: espíritu de lucha
- Cecilia (37 años) cáncer de útero con metástasis pulmonar y ósea; fase terminal: preocupación ansiosa, fatalismo/ aceptación estoica.
- Norma (58 años) cáncer de colon: espíritu de lucha, preocupación ansiosa, negación.
- Eduardo (56 años) cáncer de colon metástasis en hígado: espíritu de lucha, negación
- Osvaldo (73 años) cáncer de colon: espíritu de lucha, negación

- Rosa (69 años) cáncer de mama metástasis ósea: preocupación ansiosa, fatalismo.
- Mariano (66 años) cáncer de colon, ano contra natura: espíritu de lucha, negación.

Se tuvieron en cuenta cinco frases significativas para los pacientes, de las cuales fueron resurgiendo en las entrevistas, cada una pertenece a una estrategia de afrontamiento del Esquema de Supervivencia de Moorey y Greer

- Me preocupa que la enfermedad vuelva o empeore (Preocupación Ansiosa)

Gráfico N°4: Preocupación Ansiosa

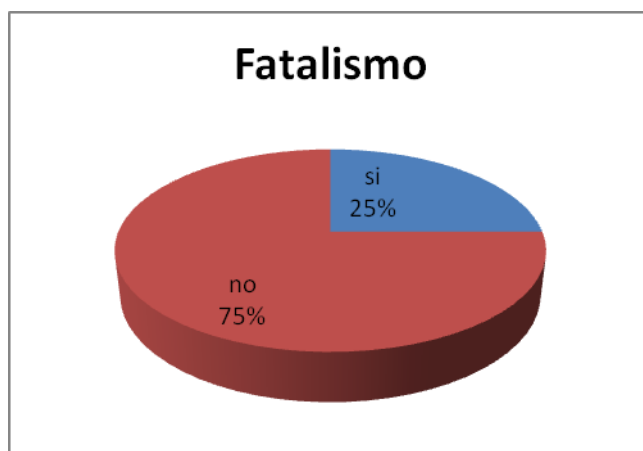


- Hay gente que se preocupa más por mí que yo mismo (Negación- Evitación) en relación a la familia.

Gráfico N°5: Negación- Evitación

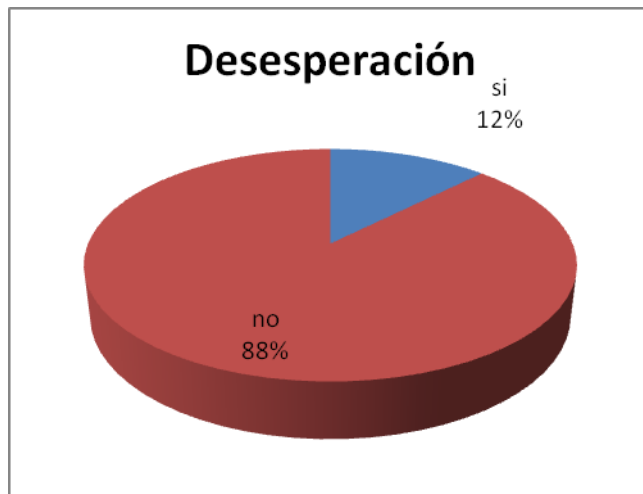


- Evito informarme más sobre la enfermedad (Fatalismo- Aceptación Estoica)
Grafico N°6: Fatalismo- Aceptación Estoica



- Me siento completamente desorientado sobre lo que he de hacer (Desamparo- desesperación)

Grafico N°7: Desesperación - Desamparo



- Intento luchar contra la enfermedad (Espíritu de Lucha)

Grafico N°8: Espíritu de Lucha



DISCUSIÓN

El impacto del diagnóstico del cáncer, no solo repercute en un solo individuo si no en todo el bienestar de los otros individuos que componen el sistema familiar, igualmente no debemos olvidarnos de quien es el protagonista, considerando que en mi tesis toda la información fue provista por el enfermo.

Cuando hablamos de cáncer, solo la palabra, tiene un efecto expansivo para el propio paciente como dentro de los miembros de la familia, cada uno tiene su propia manera de reaccionar y no hay una sola, ya que no solo depende del tipo de cáncer ni de su gravedad si no de muchos factores individuales, emocionales o experimentales previos. El cáncer supone una amenaza para el funcionamiento familiar, se desarrolla a su propio ritmo, el cual las familias deben ajustarse, vemos en el gráfico N°1 que si afecta en general a las familias, según los pacientes y en el grafico N°2 que la mayoría piensa que afecta positivamente a nivel familiar, según los pacientes muchas veces ayuda a la unión de la familia, la contención que quizás no se tiene se logra, el apoyo emocional, la comunicación, la expresión de emociones, el tiempo brindado en familia, igualmente esto se ve en los casos de cáncer que están en períodos de remisión.

Como planteo en mi hipótesis la familia constituye un componente esencial para la recuperación y seguridad personal, siendo la armonía familiar y la integración factores muy positivos para poder enfrentar el cáncer, creo de suma importancia la presencia y el apoyo emocional de los familiares, la estrategia de afrontamiento que utilice el paciente va a depender en gran medida del apoyo

familiar, y de cómo la familia ayude al paciente a poder ver y comprender la situación que se vive, no desconsiderando menos importante la familia, ya que como vimos anteriormente en el desarrollo, son considerados pacientes de segundo orden. Después de presentar los resultados en los gráficos voy a pasar a la explicación de los mismos, teniendo en cuenta que esta investigación es demostrativa solo de este grupo de pacientes oncológicos y no así representativa para todos los casos de cáncer.

En cuanto al diagnóstico de cáncer, una enfermedad muy compleja, no solo por las consecuencias físicas que puede ocasionar sino también por las repercusiones psicológicas que se dan en el paciente como también en la familia. Es una enfermedad que tiene una fuerte connotación negativa muy relacionada con la muerte, es por eso que el paciente como su familia ante el terrible diagnóstico reaccionan de diversas maneras, utiliza las estrategias de afrontamiento que pueden para poder sobrellevar el momento. Como se puede observar en el gráfico nº 1, un 75% de los pacientes dicen que si hubo cambios en su sistema familiar y un 25% que no noto cambios en la misma, de este 75% de los pacientes en el que si noto que hubo modificaciones en su ambiente familiar, gráfico Nº2: un 38% dijo que las connotaciones fueron negativas y en cambio un 62% de los entrevistados comento que la enfermedad ocasiono muchos cambios familiares pero todos para bien, ya que se unieron más, se fortalecieron, y vivieron la enfermedad como un reto.

En cuanto al gráfico Nº3 representa los resultados de las estrategias más habituales de supervivencia frente al cáncer, en donde hay un predominio de el Espíritu de Lucha, y de Negación- Evitación, siendo menos usuales el desamparo y fatalismo y si más presente la preocupación ansiosa, podemos observar que depende mucho la estrategia de afrontamiento de acuerdo del tipo de cáncer como también del estadio de la enfermedad en la que se encuentro, como así si presenta metástasis. Si analizamos la negación como estrategia vemos que siempre está acompañada a la vez de Espíritu de lucha, no así viceversa, no ocurre lo mismo. En las fases más avanzadas podemos observar un predominio de desesperación- desamparo como así fatalismo o aceptación estoica, analizándolo como una rendición o una aceptación pasiva al cáncer, donde ya nada se puede hacer.

Cuando analizamos la preocupación ansiosa, grafico Nº4, vemos que prevalece en un 87% de los pacientes, en relación a que a la mayoría de los pacientes les preocupa que la enfermedad vuelva o empeore, fue un ítems muy

hablado en las entrevistas, en relación al miedo permanente a la reincidencia de la enfermedad.

Podemos observar en el grafico N°5, la negación cumple un lugar muy importante: el 75% de los pacientes la utilizan como estrategia, aquí vemos la importancia de la familia, muchas veces la familia se preocupa más del enfermo que él mismo, esto como una estrategia para poder sobrellevar la enfermedad. En relación al gráfico N°6 donde analizamos el fatalismo o la aceptación estoica, se observa más en casos terminales o en pacientes con un cáncer muy avanzado, en este caso hay un 25% que pertenece a las dos mujeres que más comprometidas físicamente están, ya con un cáncer muy avanzado y con muchas metástasis, lo vemos en pacientes que ya no se quieren informar sobre la enfermedad, donde dicen que ya no hay nada por hacer. La desesperación o desamparo (grafico N°7) también lo vemos en éstos casos más avanzados, la desesperación viene acompañada en una completa desorientación sobre lo que tiene que hacer, miedo a la muerte, a lo que dejan, miedo a todo lo desconocido.

Y para concluir según el Esquema de Supervivencia de Moorey y Greer vemos en el grafico N° 8 el Espíritu de Lucha, la necesidad de luchar contra la enfermedad está en todos los casos, independientemente de la gravedad o estadio del mismo; estuvo presente en todos los cuestionarios, como la estrategia más predominante en pacientes con cáncer, ya que la esperanza es lo último que se pierde, mencionado por muchos de los pacientes.

Al analizar cada pregunta de mi investigación, pude observar que pocas enfermedades producen un impacto psicológico tan intenso como el cáncer. La probabilidad de que se produzcan trastornos emocionales durante el curso de la enfermedad es elevada. Ansiedad y depresión son las reacciones psicológicas más frecuente; tristeza, culpabilidad, impotencia ó desesperación. A cada uno le va a impactar el diagnóstico del cáncer de diferentes maneras, como impacte, va a determinar la estrategia de afrontamiento que va a utilizar para su supervivencia, esto depende de muchos factores, psicológicos, familiares, emocionales, etc., vimos en la práctica que la mayoría de los pacientes usan alternativamente todas las estrategias de afrontamiento descriptas.

Para finalizar se analizo cuáles eran las estrategias de afrontamiento más utilizada por el paciente, como ya explique anteriormente los pacientes alternan las diferentes estrategias según el momento de la enfermedad que concurren,

siendo más relevante el espíritu de lucha, presente en todos los casos descritos, la esperanza siempre está presente y la negación, como costándoles creer de la situación, es por eso que vimos anteriormente la pregunta que generalmente se plantean...¿por qué a mí?

Conclusiones

El diagnóstico de cáncer para cualquier persona es devastador. La primera vez que escuchan la palabra cáncer entran en estado de shock e incredulidad. Sienten que le acaban de entregar una sentencia de muerte.

Muchos se cuestionan porque a mí? Que hice mal, eso me pasó por no sacar mi bronca afuera, etc. No deben preocuparse en el porqué, la enfermedad ya está presente, ahora tienen que ver que hacen con él cáncer, con su vida, con su actitud frente a la enfermedad, en este estudio vimos las diferentes estrategias de afrontamiento que pueden emplear los pacientes con respecto a su enfermedad, estando siempre presente el Espíritu de lucha, tratando de ver la enfermedad como un desafío, o quizás para tratar de no vencerse aún ya vencido, sintiendo que ellos tienen el control de ese cáncer, que vino apropiarse de sus vidas, aunque lamentablemente en algunos casos ya sea demasiado tarde en el momento del diagnóstico, y lo único que les queda es tratar de calmar el dolor y mejorar al máximo su poca vida restante, la calidad; tratando de olvidarse de la cantidad. En estos casos vemos muy presente la desesperación el desamparo, o quizás el fatalismo, donde ya no se tiene control de nada, donde podemos ver una aceptación estoica, pasiva o una rendición, una depresión ante el mal pronóstico.

Frecuentemente, pensamos que ante estas circunstancias hay pocas cosas que puedan hacerse. Pero es importante saber que, aunque ésta es una

situación difícil, todos los miembros de la familia pueden ayudar también. Cada uno puede participar en la recuperación del enfermo y contribuir a que se sienta mejor. Con ello mejorará su estado de ánimo y se conseguirá un ambiente más confortable.

Es posible que la familia piense que no tiene estrategias adecuadas para enfrentarse a los sentimientos de los enfermos. Esta sensación puede desaparecer si conocen más a fondo los sentimientos del paciente. La familia es importante, pero el paciente es el protagonista de la situación y, de hecho, es quien sobrelleva el miedo a la muerte, la amenaza a su integridad, por ello el entorno deberá adaptarse a él, y no forzarlo a nada, solo acompañarlo, comprenderlo y amarlo.

Recomendaciones

Como contribución primordial creo de gran importancia poder conocer cuál fue el impacto que le produjo al paciente el diagnóstico de su enfermedad, creo de suma importancia que los profesionales que nos dediquemos a trabajar con pacientes oncológicos podamos reconocer el modo particular de adaptación que tenga cada paciente a su enfermedad, para sí poder optimizar el trato que se le brinde al paciente como también para poder trabajar para desarrollar aquellas estrategias que no posean o estén poco desarrolladas y son necesarias para afrontar el cáncer, como sería el espíritu de lucha; que aprendan a valorar mucho más la vida después del diagnóstico, que conozcan la importancia de tener una actitud positiva, que puedan planear para un futuro, que puedan ver al cáncer como un reto y que intenten luchar contra la enfermedad y en el caso de ya no poder, tratar de vivir plenamente mejorando la calidad de vida, otorgándole nosotros como psicólogos herramientas para poder calmar el dolor, para que puedan manejar sus emociones frente al cáncer y que aprendan a detectar las verdaderas necesidades, las reales.

Para el abordaje del paciente oncológico es importante tener amplios conocimientos más allá de los médicos y psicológicos, sobre diversas estrategias que se pueden utilizar para mejorar la calidad de vida del paciente

con cáncer, trabajar con técnicas de relajación: relajación autoinducida, relajación progresiva, etc. ; enseñar a rebatir pensamientos negativos, fomentar la asertividad, expresar emociones, guiarlos por lo que quieren/deseo no debería, escribir un diario plasmando su experiencia, planificación de metas a corto plazo, desensibilización sistemática, trabajar con el control del dolor: respiración/relajación, tratamiento educativos, autoinstrucciones, autoobservación, etc. Y particularmente la aplicación de la terapia psicológica adyuvante de Beck, luego adaptada por Moorey y Greer, siendo muy útil para pacientes oncológicos, a continuación se explica:

APT Terapia Psicológica Adyuvante

(de Beck adaptada específicamente por Moorey Greer).

La Terapia Psicológica Adyuvante APT es una terapia estructurada, no directiva, breve (6 a 12 sesiones) centrada en el problema, educativa, colaborativa, con tareas para casa que utiliza técnicas conductuales, cognitivas y de trabajo con la pareja. La investigación ha demostrado sus efectos claramente beneficiosos tanto a corto como a largo plazo, permitiendo una mayor calidad de vida, un adecuado afrontamiento y reduciendo los problemas de ansiedad y depresión.

Fase inicial (2 a 4 sesiones)

- Alivio de síntomas mediante técnicas de afrontamiento para problemas inmediatos como resolución de problemas, distracción, relajación, asignación de tareas graduales.
- Vivir una vida ordinaria, maximizar la calidad de vida, estimular el sentido de control, incrementar su motivación, planificar y disfrutar el tiempo libre

- Enseñar el modelo cognitivo, la conexión entre pensamientos automáticos, el estado de ánimo y la conducta (se puede empezar el registro de pensamientos automáticos)
- Estimular la manifestación de sentimientos, los negativos como ira, desesperación, etc. su identificación para conocer causas y posteriormente hacerles frente

Fase intermedia (3 a 6 sesiones). Mayor focalización en aspectos cognitivos

- Enseñar a desafiar los pensamientos automáticos, y a someterlos a pruebas de realidad
- Continuar con la técnica de resolución de problemas, centrándose en reducir el estrés ante temas menos urgentes, pero no por ello menos importantes (comunicación con la pareja, aislamiento social, etc.), adoptando la pareja un papel activo en la resolución de los problemas asociados a la enfermedad
- Continuar en la mejora de la calidad de vida, utilizando tanto las técnicas conductuales como las cognitivas

Terminación (1 a 3 sesiones)

- Prevención de recaídas, entrenamiento en las estrategias a utilizar si vuelven los problemas emocionales
- Planificar el futuro. Se estimula a la pareja para que fijen metas realistas de cara a 3, 6 o 12 meses
- Identificar supuestos subyacentes, las creencias y reglas internas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Chilena de Psicooncología (2002). ¿Qué es la Psicosociología? .
Obtenido el 22 de julio del 2011 en <http://www.psicooncologia.cl/disciplina.htm>

Batten, M (2005) Formas de cuidados psicosociales de los supervivientes del cáncer.[versión electrónica] Cancer Supplement, 104. 2624-2637 Obtenido el 2 de julio del 2011 en www.Breastlink.org

Bayes, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca

Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica. Prevención y Terapéutica psicológica del cáncer*. Barcelona: Martínez Roca.

Bayes, R.(1990) Influencia de los Factores psicológicos en la Longitud de Vida de los Enfermos oncológicos. En: Martínez Roca, editor. *Psicología Oncológica*. Barcelona, pág: 182-184.

Bayés, R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo con cáncer (el impacto psicológico del cáncer). En González Baron, M., *Tratado de medicina paliativa y de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana

Bouche J, Hidalgo F (2003) IV Curso de Experto Universitario en Mediación y Orientación Familiar 2003-2004. (1ra ed). Madrid (España): Ediciones Dykinson

Buron R, Rodriguez P, Linares V, Lopez, J (2003) *Psychology and cáncer*. [versión electrónica] Universidad de Granada, España. Obtenido el 6 de junio del 2011 en <http://yunierbp@uclv.edu.cu>, walterr@um.hlg.sld.cu

Casali, I (2010) Nuevo tiempo. La actitud puede determinar la cura a algunas enfermedades incluso el cáncer. Obtenido el 22 de agosto del 2011 en <http://nuevotiempo.org/.../la-actitud-puede-determinar-la-cura-a-a...>

Fernandez F, Motta Rego, C. (2010) Comportamiento de la Familia frente al diagnóstico del Cáncer de Mama. [versión electrónica] Rev. Electrónica semestral de enfermería N°10.ISSN 1695-6141. Obtenido el 15 de mayo del 2011 en www.um.es

Forero, F, Bernal, G & Restrepo, M (2005) Propiedades psicométricas de la escala de ajuste mental al cáncer en una muestra de pacientes colombianos. A vances en medición 3, 135-152. Obtenido el 2 de junio del 2011 en <http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/73/1/completo.pdf>

Florez Lozano J. (1994) La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Bs. As. Ed. Edika Med,

Greer S, Moorey S & M Watson (1989). Patients' adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer (MAC) scale versus clinical ratings. Ajuste de los pacientes con el cáncer: La adaptación mental al cáncer (MAC) en comparación con la escala clasificaciones clínicas. Journal of Psychosomatic Research, 33, 373-377. Revista de Investigación Psicosomática. Obtenido el 15 de junio del 2011 en <http://uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

Gonzales A, Gonzalez MJ, García P. (1994) Control del cáncer. En: Noticias de Salud Monográficos: Cáncer, Madrid: Consejería de Salud.

Malca, S Becky (2005) Psicooncología. Abordaje emocional en oncología [versión electrónica] obtenido el 4 de septiembre del 2011 en <http://personaybiotica.uinsabana.edu.con/index.php/personaybiotica/article/viewArticle/358/1497>

Mandarás Platas E.(1980) La preparación psicológica para las intervenciones quirúrgicas. Barcelona. Ed Rol S.A.

Middleton J, (1999) *Psicología y cáncer*. Chile. Ed. Alfa.

Montelongo, D. y Montoya, J. (2006): *Resiliencia Infantil Oncológica: Proyecto RIO*. Casa de la Amistad Para Niños con Cáncer, I.A.P. y FES Iztacala/UNAM, México.

Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia: Manual de Intervención Psicosocial*. Barcelona, España: Paidós.

Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. España: Paidós

Paez, R. CV, Covarrubias, EG, et al (1998): *Perfil psicológico del adolescente con cáncer*. Boletín clínico del Hospital Infantil de Sonora. Año XV, vol. 15, (2):99-105

Perez y Medina W (2011) *Resiliencia y Afrontamiento: Una visión desde la psicooncología*. [versión electrónica] Ponencia presentada en 12º congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis, Cuba Obtenido el 15 de junio del 2011 en <http://yunierbp@uclv.edu.cu>, walterr@um.hlg.sld.cu

Pocino, Marisol (2007) *La relevancia de la Intervención psicosocial en pacientes con cáncer de mama*. [versión electrónica] Revista Psicooncología. Vol.4 núm.1. Obtenido el 12 de junio del 2011 en http://www.psicooncologia.org/campus_index.php

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca

Robles, R. (2004). *Manejo de enfermedades crónicas y terminales. Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. Bogotá: Thomson.

Rolland, J. (2000). Familias, Enfermedad y discapacidad. Barcelona, España: Gedisa

Salem G. (1990) Abordaje terapéutico de la familia. (1ra ed.) .Madrid (España): Edit. Masson

Schavelzon J. (1978), Cáncer. Enfoque psicológico. Bs. As Ed. Galerna

Solana, A. (2005). Oncología. Barcelona, vol. 28, Obtenido el 3 de agosto del 2011 en <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Boletín de Psicología nº 75 Obtenido el 4 de agosto del 2011 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>

Trigoso O, (2009) Propiedades psicométricas de la Escala de Ajuste Mental al Cáncer (MAC) en una muestra de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) Obtenido el 19 de julio del 2011 en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/414>

Vidal y Benito, M. (1998): *La psico-oncología: conceptos básicos*. Temas de Salud Mental. Pub. Depto. Inst. Nac. de Salud Mental, Argentina, 2, (2):29-36

Winnicott, D (1996) El hogar nuestro punto de partida. Bs As: Paidós

APÉNDICE

